

Mission Court Child and Family Counseling
Evelyn Cruz, Associate Marriage and Family Therapist AMFT #113651
Supervised by Mary E. Rodela, MS, LMFT #42699
13033 Penn Street, Suite #800
Whittier, CA. 90602
(657) 529 – 0523

AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____ autorizo a Evelyn Cruz, AMFT, a dar información confidencial relacionada a _____ (fecha de nacimiento) obtenida durante las sesiones de terapia con la siguiente persona o institución:

Esta autorización permite intercambio de información relacionada a la siguiente información:

Cualquiera y Toda de mi Información		
Diagnostico	Plan del Tratamiento	Prognosis
Progreso de mi terapia	Resultados de Test	Fechas de Tratamiento
Récords	Una descripción del tratamiento	
Otro		

Yo autorizo la información para el siguiente propósito:

La persona que recibe la información puede usar la información solamente para el siguiente propósito:

Entiendo que tengo derecho a recibir copia de esta información. También entiendo que cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe ser por escrito.

Esta autorización es válida hasta: _____ (fecha de expiración)

(Padre o representante legal)

Fecha:

Si es firmado por los padres de un menor o representantes legales por favor indique la relación entre el paciente y su representante.